

recours à l'emploi de corps gras, vaseline, huile d'amandes douces, qui agiront en isolant les surfaces en contact. Au fur et à mesure que la cicatrice vicieuse tendra à se produire, on pourra la déchirer chaque jour avec l'extrémité d'un stylet moussé. Par des cautérisations répétées au nitrate d'argent, on s'efforcera de diriger la cicatrisation. Enfin on pourra avoir utilement recours à la greffe épidermique.

## ARTICLE II

### MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DU GLOBE OCULAIRE.

#### I

#### MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DE LA CONJONCTIVE.

##### 1<sup>o</sup> CONJONCTIVITES.

L'inflammation de la conjonctive peut revêtir un grand nombre de formes différentes que nous rattacherons aux cinq types suivants : *a.* conjonctivite simple ou catarrhale ; *b.* conjonctivite pustuleuse ; *c.* conjonctivite granuleuse ; *d.* conjonctivite purulente ; *e.* conjonctivite diphthéritique.

##### *a.* — CONJONCTIVITE SIMPLE OU CATARRHALE.

Comme toutes les muqueuses, la conjonctive peut, sous certaines influences, présenter une inflammation catarrhale caractérisée par de la rougeur, du gonflement et une exagération de sécrétion.

**Étiologie.** — Les causes qui peuvent lui donner naissance sont très nombreuses. Signalons tout d'abord le froid humide, l'application prolongée des yeux à la lumière artificielle, qui, chez certaines personnes, dont on dit la *vue tendre*, provoquent fréquemment l'apparition de conjonctivites.

La présence de corps étrangers, les poussières, l'action irritante

de certains gaz peuvent également lui donner naissance. De là l'ophtalmie produite par le soufrage des vignes et signalée par Bouisson ; la *mitte* ou ophtalmie des vidangeurs.

Bon nombre de conjonctivites ne sont que la conséquence de la stagnation des larmes produite par une affection des voies lacrymales, ou des efforts d'accommodation nécessités par un vice de la réfraction (Voy. plus loin Hypermétropie).

Enfin, les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine ; le rhumatisme, les affections de la peau des paupières, érysipèle, psoriasis, eczéma, pityriasis, s'accompagnent également d'inflammations de la conjonctive que la présence des maladies concomitantes permet de rattacher à leur véritable origine.

Notons que si, dans nombre de cas, la conjonctivite est une maladie isolée, accidentelle, souvent aussi elle revêt la forme épidémique et contagieuse. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir les différents membres d'une même famille, un grand nombre d'enfants dans une même salle d'hôpital, présenter à la fois une conjonctivite catarrhale.

**Symptômes.** — La maladie peut se montrer soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

La conjonctivite aiguë se traduit d'abord par une sensation de picotements, de corps étranger du côté du globe de l'œil. Bientôt il s'y joint de la rougeur et un peu de gonflement. L'injection des vaisseaux de la conjonctive est caractéristique. Ils se présentent sous la forme de vaisseaux volumineux, flexueux, mobiles à la surface de cette muqueuse. Quand l'inflammation est très intense, il peut même se produire des ruptures vasculaires ; de là des ecchymoses sous-conjonctivales. Le gonflement, habituellement modéré, peut en s'exagérant produire du côté des paupières le bourrelet muqueux connu sous le nom d'*ectropion* ; du côté de la conjonctive oculaire, il donne naissance à l'œdème sous-muqueux qui porte le nom de *chémosis*. La sécrétion de la conjonctive est exagérée, il en résulte du larmolement ; bientôt à ce liquide clair et transparent se mélangent des filaments de mucus. Enfin, dans les cas les plus graves, la sécrétion devient muco-purulente.

À part la sensation de picotement et de corps étranger que nous avons notée au début, les troubles fonctionnels sont peu accusés. Il n'y a pas d'exagération de la sensibilité à la lumière (photophobie) ;

la présence de flocons muqueux à la surface du globe oculaire gêne seule la vision. Le matin au réveil les paupières sont agglutinées par la sécrétion accumulée pendant la nuit; les paupières semblent tellement lourdes au malade qu'il peut à peine les soulever.

Dans la conjonctivite chronique, tous les symptômes précédents sont atténués; mais le gonflement des tissus et le relâchement qui en résulte amènent souvent le renversement de la paupière inférieure connu sous le nom d'*ectropion*.

Signalons la coïncidence fréquente de la conjonctivite, soit avec l'inflammation des paupières (blépharite), soit avec celle de la cornée (kératite).

Enfin, la maladie n'est pas toujours généralisée à toute l'étendue de la conjonctive. Quelquefois, elle se localise en certains points, tels que le grand angle de l'œil, la face interne des paupières, les culs-de-sac de la conjonctive; de là les noms de conjonctivite angulaire, palpébrale, etc.

**Diagnostic.** — Il est en général facile; au début, on pourrait confondre l'hypérémie conjonctivale qui est le premier degré de la maladie avec celle qu'entretient la présence d'un corps étranger. Un examen soigneux des différents points et surtout des culs-de-sac de la conjonctive tranchera la question. Plus tard, le diagnostic reposera surtout sur la forme de l'injection conjonctivale dont les caractères sont, avons-nous dit, de présenter des vaisseaux mobiles, volumineux et tortueux, et sur l'hypersécrétion de la muqueuse. Rappelons enfin qu'un examen complet de la conjonctive est nécessaire pour ne pas laisser échapper les inflammations limitées à certaines parties de la membrane, telles que la face interne des paupières et les culs-de-sac conjonctivaux.

**Pronostic.** — La conjonctivite simple a d'ordinaire un pronostic bénin. Elle ne prend de gravité que lorsqu'elle se complique d'inflammation des autres membranes de l'œil, ou quand elle passe à l'état chronique.

**Traitement.** — Il est bien évident que le traitement doit consister tout d'abord à écarter les causes qui ont donné naissance à la conjonctivite ou qui l'entretiennent.

Dans les cas aigus, l'application de compresses froides, les lavages de l'œil plusieurs fois répétés dans les 24 heures avec des solutions antiseptiques (alcool, borax, acide borique), enfin, l'instillation de

collyre au nitrate d'argent (10 centigrammes pour 50 grammes d'eau), sont les moyens qui conviennent le mieux. Si le chémosis est très volumineux, on y pratiquera quelques scarifications.

Dans les cas chroniques, les instillations seront faites, soit avec un collyre faible au nitrate d'argent (5 centigrammes pour 50 grammes), soit avec un collyre au sulfate de cuivre. Si l'inflammation de la conjonctive est entretenue par un vice de la réfraction (hypermétropie) ou par la stagnation des larmes, on en triomphera, soit en faisant porter au malade des verres convenables, soit en rétablissant le cours des larmes.

#### b. — CONJONCTIVITE PUSTULEUSE.

On l'appelle encore conjonctivite *papuleuse*, *vésiculeuse* ou *phlycténulaire*. Ces diverses dénominations s'appliquent à des dispositions anatomiques différentes d'une seule et même maladie. Que l'infiltration plastique prenne la forme papuleuse, que sur cette papule se forme une petite vésicule, qu'enfin le contenu de la vésicule suppure et passe à la forme pustuleuse, la cause de la maladie est toujours la même : c'est le tempérament scrofuleux ou lymphatique. Aussi pourrait-on la désigner sous le terme général de conjonctivite scrofuleuse.

**Étiologie.** — Les causes de la conjonctivite pustuleuse ne diffèrent pas de celles de la conjonctivite simple ou catarrhale. Mais que ces causes, refroidissement, corps étrangers, poussières, action de la lumière artificielle, agissent sur un sujet scrofuleux; et, au lieu d'une conjonctivite simple, on verra se montrer une conjonctivite pustuleuse. Le lymphatisme étant surtout très développé chez les enfants, rien d'étonnant dès lors à ce qu'on rencontre surtout cette forme dans le jeune âge; mais l'âge adulte n'en est point exempt. Seulement la maladie est parfois si légère qu'elle constitue une simple gêne et passe bien des fois inaperçue.

**Symptômes.** — Tantôt l'affection se développe au niveau du limbe scléro-cornéen, empiétant à la fois sur la conjonctive et sur la cornée; tantôt elle siège loin de la membrane cornéenne, mais généralement suivant le grand diamètre de la fente palpébrale, c'est-à-dire sur les parties découvertes de la conjonctive. Au pourtour de la cornée, elle se montre sous la forme d'un pinceau de

vaisseaux d'apparence triangulaire dont la base est dirigée vers la périphérie de la conjonctive, tandis que le sommet, regardant le centre de la cornée, supporte une petite élevation blanchâtre ou jaunâtre, constituée par l'infiltration plastique du tissu sous-conjonctival. A la papule fait suite parfois une vésicule qui se rompt et laisse à sa place une petite ulcération.

Les papules du limbe scléro-cornéen prennent généralement la forme vésiculeuse, tandis que celles qui occupent la conjonctive dans un point éloigné de la cornée acquièrent souvent un volume considérable, présentent une teinte jaunâtre, et donnent naissance à de larges pustules. Jamais la conjonctivite pustuleuse ne se développe sur la conjonctive palpébrale.

Lorsqu'elle siège loin de la cornée, la conjonctivite pustuleuse ne s'accompagne que de troubles fonctionnels peu considérables, légère douleur, rougeur et exagération de sécrétion. Dès que la cornée est intéressée, on voit les symptômes fonctionnels prendre une bien plus grande importance. La douleur est beaucoup plus vive, et surtout il y a une photophobie intense, amenant à sa suite une contracture spasmodique des paupières, dite *blépharospasme*.

**Diagnostic.** — La forme de l'injection vasculaire et la petite papule qui la surmonte donnent à la maladie une physionomie caractéristique. Il arrive parfois cependant que les vésicules sont si petites et si multipliées à la périphérie de la cornée que les pinceaux vasculaires qui accompagnent chacune d'elles arrivent à se fusionner et donnent l'apparence d'une injection totale de la conjonctive. Un examen soigneux, et surtout à l'aide de l'éclairage oblique, permet en pareil cas de reconnaître la véritable nature de la maladie.

**Pronostic.** — Tant que la cornée reste saine, le pronostic est sans gravité; mais des poussées successives de conjonctivite pustuleuse peuvent prolonger la maladie pendant plusieurs semaines.

**Traitement.** — Quelques instillations d'un collyre astringent au sulfate de zinc ou au borax peuvent suffire dans les cas simples. Lorsqu'il existe une large pustule, on en favorisera la résolution par des cautérisations légères avec la pointe effilée d'un crayon de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent.

En même temps on se préoccupera de l'état général, et l'on modifiera par un traitement convenable le tempérament lymphatique, cause première des accidents.

## C. CONJONCTIVITE GRANULEUSE.

On donne le nom de conjonctivite granuleuse à une inflammation *spécifique* de la conjonctive, *contagieuse* et *inoculable*, provoquant la formation, à la surface de cette membrane, de petites saillies dites granulations, capables d'entraîner par leur contact l'opacité de la cornée (*pannus granuleux*) et la perte de la vision.

Il importe tout d'abord de dissiper la confusion qui est souvent faite entre la conjonctivite granuleuse vraie, maladie spécifique et probablement parasitaire, et les autres aspérités qui peuvent se développer à la surface de la conjonctive sous l'influence de l'inflammation.

Souvent, en effet, on voit les papilles conjonctivales, hypertrophiées sous l'influence de l'inflammation, constituer de petites saillies régulières à la surface de la conjonctive; mais ces petites élevures, auxquelles certains auteurs ont donné le nom de *granulations papillaires*, diffèrent par un grand nombre de caractères des granulations vraies. Elles sont toujours beaucoup plus petites; toutes présentent à peu près le même volume, et donnent à la conjonctive une apparence veloutée à laquelle on pourrait appliquer le nom d'état velvétique de la conjonctive. Leur siège n'est pas non plus le même que celui des vraies granulations; elles se montrent, en effet, sur le bord des paupières, dont elles ne sont distantes que par un mince espace, tandis que le siège de prédilection des granulations vraies, c'est le cul-de-sac conjonctival, et surtout le cul-de-sac conjonctival supérieur. Enfin, différence essentielle, les fausses granulations ou granulations papillaires disparaissent par résolution, sans laisser d'altération de la trame du tissu conjonctival, tandis que les granulations vraies ne guérissent qu'en donnant naissance à un tissu de cicatrice.

Peut-être vaudrait-il mieux, pour dissiper toute confusion, abandonner le mot de granulations, pour adopter celui de *trachome*, employé par les ophthalmologistes belges et allemands.

**Anatomie pathologique.** — Quoi qu'il en soit de la désignation employée, nous pouvons, avec Warlomont, définir, au point de vue anatomo-pathologique, la granulation ou le trachome : un produit néoplasique, naissant de toutes pièces dans l'épaisseur du tissu con-

jonctival, ou transformant en tissu néoplasique certains éléments normaux de la conjonctive, et spécialement les corpuscules lymphoïdes.

A l'état normal, en effet, le derme de la muqueuse conjonctivale est infiltré de cellules lymphoïdes. C'est l'hypertrophie ou la multiplication de ces éléments normaux qui constitue le trachome. Quelquefois, mais cela est assez rare, à Paris du moins, la granulation prend l'aspect d'une petite vésicule. Cette forme, beaucoup plus fréquente en Belgique, a été décrite par Hairion de Louvain sous le nom de *granulations vésiculeuses*. Le plus souvent, au contraire, elles se présentent sous la forme de saillies rouges, molles, tomenteuses, d'apparence charnue; enfin, lorsque la guérison arrive, les cellules lymphoïdes diminuent de nombre et font place à un tissu fibreux qui constitue de véritables cicatrices.

D'après Iwanow, l'hypertrophie lymphoïde ne constituerait pas toute la lésion. Il y aurait dans un grand nombre de cas des néoformations glandulaires dans l'épaisseur de la conjonctive et jusque dans les couches superficielles de la cornée atteinte de pannus granuleux. D'après Jacobson, au contraire, il n'y aurait là qu'une hypertrophie des glandes normales de la conjonctive, et cette altération ne serait point spéciale à la conjonctive granuleuse, mais se rencontrerait dans beaucoup d'autres états pathologiques différents. Quoi qu'il en soit, Warlomont est porté à accorder à cette découverte d'Iwanow une grande importance. Les granulations, en effet, disparaissent au bout d'un certain temps; les glandes, au contraire, une fois développées, persistent; elles peuvent recéler dans leur intérieur les germes de la maladie; par là s'expliquerait la déplorable tendance du trachome à la récurrence.

**Étiologie et pathogénie.** — L'anatomie pathologique, en nous fournissant des données précises sur la constitution lymphoïde des granulations, ne nous donne aucun renseignement utile sur la nature même de la maladie. Elle est impuissante à nous rendre compte de particularités pourtant bien démontrées, tant par la clinique que par l'expérimentation, savoir, la contagion de la maladie et son développement sous forme épidémique. Aussi, éclairés par les recherches de la pathologie générale moderne, les ophthalmologistes tendent-ils aujourd'hui à admettre la nature microbienne ou parasitaire de l'affection.

Quant aux causes qui lui donnent naissance, certains auteurs, se fondant sur l'identité absolue de l'ophthalmie granuleuse que nous observons dans nos climats et de celle qui sévit en Orient, et particulièrement sur les bords du Nil, ont pensé qu'elle avait été importée en Europe par les armées française et anglaise lors de la campagne d'Égypte. Elle aurait été transmise ensuite aux autres armées de l'Europe, puis se serait disséminée dans les populations civiles, où nous l'observons aujourd'hui. De là, les noms d'ophthalmie militaire ou égyptienne sous lesquels elle est encore désignée. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de l'origine primitive du mal, il est bien certain que l'ophthalmie granuleuse et l'ophthalmie militaire, encore distinguées aujourd'hui l'une de l'autre par certains auteurs, ne constituent qu'une seule et même maladie, et qu'il n'y a pas lieu dès lors de leur consacrer deux chapitres distincts.

Les conditions favorables au développement et à la propagation de la maladie sont les suivantes : l'encombrement dans les camps, dans les casernes, dans les écoles, dans les hôpitaux, la malpropreté, la misère, et en général toutes les conditions hygiéniques mauvaises, de nature à faciliter le transport du mal par contagion. La diathèse scrofuleuse prédispose aussi ceux qui en sont atteints à contracter l'ophthalmie granuleuse. Le fait se comprend, étant donnée la lésion anatomique qui le caractérise, puisque l'élément lymphoïde est toujours très développé et très disposé à s'hypertrophier chez les scrofuleux. Souvent aussi les scrofuleux présentent des conjonctivites catarrhales, des blépharites glandulo-ciliaires, qui constituent un terrain favorable pour le développement de l'élément spécifique (microbe) de la granulation. Déjà Sattler, en 1881, déclara au Congrès ophthalmologique d'Heidelberg qu'il avait trouvé dans le pus un micrococcus dont la présence serait constante; en 1886, M. Poncet (de Cluny) a montré à la Société de chirurgie des préparations se rapportant à un cas de granulations conjonctivales ayant envahi complètement la cornée. On y constatait la présence de microcoques en très grande abondance. Depuis lors, d'autres observateurs, tels que Michel et Goldschmidt, ont confirmé la présence de micro-organismes dans le tissu de granulations.

**Symptômes.** — Le début de l'ophthalmie granuleuse est silencieux, et sa marche essentiellement chronique. La seule particularité qui frappe l'observateur, c'est la chute de la paupière supérieure. Chez

beaucoup de malades, les deux paupières supérieures sont tombantes, et les efforts les plus énergiques n'arrivent pas à les relever complètement. Chez d'autres, un seul œil étant atteint, il y a un contraste frappant entre l'œil sain et l'œil malade, dont la fente palpébrale paraît beaucoup plus étroite. Bien souvent aussi l'état de la cornée permet, à première vue, de soupçonner l'existence des granulations. Si la cornée présente dans son tiers supérieur de l'opacité, de petites exulcérations, une vascularisation anormale, en un mot, toutes les lésions dont l'ensemble constitue le pannus granuleux, tandis que le reste de la membrane est intact, ce contraste entre la partie libre de la membrane et celle qui est en rapport avec la face postérieure de la paupière supérieure est tout à fait caractéristique. Ce sont en effet les granulations qui, par leur contact rugueux, entretiennent les lésions de la cornée. Si, poussant plus loin l'examen, on renverse la paupière supérieure, en même temps qu'on engage le malade à regarder en bas, de façon à bien mettre au jour le cul-de-sac conjonctival, on aperçoit alors les granulations qui se montrent sous des aspects différents, suivant les périodes de la maladie, suivant qu'elles ont été ou non soumises à un traitement. Au début, ce sont de petites saillies grisâtres, demi-transparentes, qu'on a comparées à du tapioca cuit; quelquefois elles prennent un volume beaucoup plus considérable, et forment des vésicules transparentes de 2 à 5 millimètres de diamètre (granulations vésiculeuses de Hairion). Plus tard, sous l'influence de l'inflammation surajoutée, ou des traitements irritants employés, ces saillies deviennent rouges, veloutées, turgescents. Enfin, dans la dernière période, dite de régression, çà et là du tissu cicatriciel sépare les unes des autres les granulations affaissées. A la paupière inférieure, les granulations déterminent un léger renversement de cette paupière et, par suite, du larmolement, le point lacrymal inférieur ne s'appliquant plus exactement sur le globe oculaire. Enfin les granulations peuvent se développer sur la conjonctive oculaire, et dans certains cas exceptionnels même, jusque sur la cornée.

Lorsque la maladie se prolonge, elle amène de nombreuses et graves complications. Déjà nous avons signalé le pannus de la cornée; il y a sous ce rapport de grandes différences entre les sujets. Les uns ont les paupières lâches et flottantes pour ainsi dire, de sorte qu'il n'y a pas un contact intime entre leur face postérieure et la face antérieure de la cornée; chez eux, on peut voir des granulations

énormes sans trace de pannus. Chez d'autres, au contraire, les paupières étroites et serrées brident la cornée; les plus petites granulations viennent s'imprimer sur cette membrane et y déterminent des troubles graves de la nutrition. Lors même que les granulations sont guéries, elles laissent à leur place un tissu cicatriciel rude et irrégulier auquel certains auteurs réservent le nom de trachome, et qui, comme les granulations elles-mêmes, peut par son contact entretenir les altérations de la cornée. Le tissu cicatriciel efface, par sa rétraction, les culs-de-sac conjonctivaux; les glandes muqueuses disparaissent; il en résulte un état particulier de sécheresse de la membrane, auquel on donne le nom de *xérophthalmie*. Les cartilages tarses sont ramollis, atrophiés, ratatinés; de là, l'involution des paupières, dont la face cutanée se retourne du côté du globe de l'œil, *entropion*; de là, aussi, le déplacement des cils, *trichiasis*, qui peuvent venir frotter la surface de la cornée et contribuer à entretenir son irritation.

La marche de l'ophthalmie granuleuse est, avons-nous dit, essentiellement chronique. Mais elle est interrompue parfois par des poussées aiguës pendant lesquelles la conjonctive oculaire s'injecte, le gonflement et le larmolement s'exaspèrent, une sécrétion muco-purulente se surajoute aux phénomènes précédents. C'est là l'ophthalmie purulente des granuleux. Sans doute, chez des malades abandonnés à eux-mêmes, cette ophthalmie purulente peut devenir, par son influence fâcheuse sur la cornée, la source de graves dangers. Mais ce résultat n'est pas fatal; au contraire, ces poussées aiguës, en atrophiant les granulations, en hâtant la résorption des exsudats intra-cornéens, peuvent exercer une action salutaire sur la marche de la maladie. Comme nous le dirons plus loin, elles ont même suggéré l'idée d'une méthode thérapeutique, l'inoculation blennorrhagique, applicable à certains cas particuliers de pannus granuleux.

**Diagnostic.** — Si l'on prend garde aux signes que nous avons énumérés, la chute de la paupière, le pannus de la cornée limité à la partie de cette membrane qui est en contact avec la paupière supérieure; si surtout on a le soin de retourner les paupières pour en examiner les culs-de-sac, dans tous les cas où l'on pourra soupçonner l'existence de granulations, on ne laissera pas passer inaperçue cette affection. On peut dire d'une façon générale que le diagnostic ne présente pas de difficultés. C'est seulement avec les fausses granu-

lations ou saillies papillaires déterminées par l'inflammation conjonctivale, qu'on pourrait confondre les granulations vraies. On les en distinguera par la marche de l'affection. Tandis que les granulations papillaires ou fausses granulations sont la conséquence d'une inflammation aiguë, le trachome a un début silencieux et une marche chronique. C'est surtout à la paupière supérieure et dans les culs-de-sac que se trouvent les vraies granulations ; les saillies papillaires s'observent surtout à la paupière inférieure et à une faible distance du bord palpébral. Enfin, tandis que le trachome laisse à sa suite un tissu de cicatrice indélébile, les saillies papillaires de la muqueuse peuvent disparaître par résorption sans laisser de trace.

**Pronostic.** — Tout ce que nous avons dit des symptômes et de la marche de l'affection dénote assez sa gravité, puisqu'elle peut non seulement altérer la forme des organes, mais encore amener des troubles fonctionnels graves, et même la perte absolue de la vision, par suite des lésions de la cornée.

**Traitement.** — Le traitement doit être avant tout prophylactique. Il se résume en une seule prescription : Éviter soigneusement la contagion. Les granuleux doivent avoir des linges, des éponges, des compte-gouttes spéciaux. Le chirurgien qui les a examinés doit toujours se laver les mains avant de toucher à d'autres malades. C'est surtout dans les hôpitaux que ces recommandations ont une grande importance. Plus d'une fois, nous avons vu des compte-gouttes malpropres inoculer l'ophtalmie granuleuse à un grand nombre de malades. Dans les casernes, dans les écoles, c'est par des inspections suffisamment multipliées, et par le prompt isolement des malades qu'on s'opposera à la dissémination de la maladie.

Une fois les granulations développées, le traitement doit tendre, non pas à les détruire par les caustiques ou par l'instrument tranchant, mais à les modifier. Dans ce but, on a recours à des cautérisations fréquemment répétées soit avec le sulfate de cuivre, soit avec le sous-acétate de plomb, soit même avec le crayon de nitrate d'argent mitigé. Mais quand on se servira de ce dernier agent, on devra soigneusement neutraliser l'excès de sel d'argent avec l'eau salée, surtout s'il existe déjà des altérations de la cornée. La nature parasitaire de la maladie, devenue extrêmement probable aujourd'hui, conduirait à faire une place plus large aux lavages antiseptiques (eau phéniquée, eau chlorurée, boriquée). On a conseillé également un moyen méca-

nique, le massage des paupières, pratiqué avec la pulpe du pouce, après introduction entre les paupières de pommade au précipité rouge. Un moyen qui agit à la fois comme modificateur et comme agent mécanique, c'est l'iodoforme finement pulvérisé, dont nous avons obtenu de très bons résultats. Enfin, dans ces derniers temps, on a vanté l'infusion de jéquirity, qui agit en déterminant une violente inflammation suppurative de la conjonctive. Ce moyen, par là même qu'il a une grande puissance, demande à être employé avec précaution et à être attentivement surveillé. Ce qu'il faut, en résumé, s'efforcer d'obtenir, c'est une inflammation substitutive qui agit en déterminant la résorption des granulations. En même temps il faut se préoccuper des conditions hygiéniques du malade et relever ses forces par des toniques et des antiscrofuleux. Quant aux complications déterminées par la maladie, pannus de la cornée, entropion, trichiasis, nous indiquerons leur traitement quand nous nous occuperons de ces diverses lésions.

#### d. CONJONCTIVITE PURULENTE.

La conjonctivite purulente mérite d'attirer toute notre attention ; car il n'est pas de maladie plus grave et qui soit capable d'entraîner en un plus court espace de temps la perte de la vision.

Elle survient dans deux conditions très différentes ; tantôt, en effet, elle se montre chez les nouveau-nés, tantôt chez des adultes comme complication d'une blennorrhagie.

Nous aurons donc à décrire : 1° la conjonctivite purulente des nouveau-nés ; 2° la conjonctivite purulente blennorrhagique.

A ces deux formes on pourrait joindre la conjonctivite purulente des granuleux dont nous avons dit un mot à propos des poussées aiguës de conjonctivite qui surviennent dans le cours de l'ophtalmie granuleuse.

Enfin M. Maurice Perrin a décrit une conjonctivite purulente rhumatismale.

#### 1° CONJONCTIVITE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.

Dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent la naissance, les enfants présentent parfois une violente inflammation de la conjonctive, avec sécrétion purulente.

On a beaucoup discuté sur la cause de cette ophthalmie; tandis que certains auteurs y voient une inoculation des sécrétions vaginales de la mère, au moment du passage de la tête pendant l'accouchement, d'autres font intervenir le froid, qui aurait une influence plus vive au sortir de la vie intra-utérine. Que les courants d'air, les lavages avec une eau trop froide, l'action des substances irritantes sur la conjonctive, puissent développer chez les nouveau-nés des conjonctivites catarrhales, s'accompagnant quelquefois de la sécrétion de muco-pus, la chose n'est pas douteuse; elle est même très fréquente. Mais il y a loin de ces cas bénins à la gravité de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. D'ailleurs les recherches cliniques ont montré que souvent les enfants qui présentaient cette dernière variété d'ophthalmie étaient nés de mères atteintes d'écoulement vaginal ou uréthral. La statistique souvent citée de Cederschold, faite à la Maternité de Stockholm, a démontré que les enfants nés dans ces conditions présentaient trois fois plus d'ophthalmies purulentes que ceux dont les mères étaient indemnes de tout écoulement. Enfin, il ne faut pas oublier, dans les hôpitaux, dans les maternités, où s'observe fréquemment l'affection, avec quelle facilité peuvent se faire les inoculations par les linges, par les éponges, etc. Les recherches microbiologiques modernes sont venues confirmer la manière de voir précédente, en démontrant dans la sécrétion oculaire l'existence du *gonococcus de Neisser*, qu'on retrouve parfois dans l'écoulement vaginal de la mère.

#### 2° CONJONCTIVITE PURULENTE BLENNORRHAGIQUE.

Chez les adultes, la conjonctivite purulente résulte du contact accidentel du pus blennorrhagique avec la muqueuse conjonctivale. La preuve de cette origine réside dans le siège de l'affection, qui occupe beaucoup plus souvent l'œil droit, auquel elle est inoculée par la main droite; chez les malades qui sont gauchers, c'est l'œil gauche, au contraire, qui est atteint. Le contact de la main et des organes génitaux étant moins nécessaire chez la femme, à cause de la différence du costume, la conjonctivite blennorrhagique est aussi, chez elle, beaucoup moins fréquente. On cite partout l'exemple de ce malade de Cullerier qui, atteint de blennorrhagie et porteur d'un œil de verre, inocula à son moignon d'œil l'ophthalmie purulente.

Dans un grand nombre de cas, malheureusement, la maladie développée primitivement sur un seul œil s'inocule plus tard au second.

**Symptômes.** — Quelle que soit la cause qui lui ait donné naissance, l'ophthalmie purulente présente toujours d'une manière générale les mêmes symptômes. Il y a seulement des différences dans la marche suivant l'origine de la maladie.

On peut, pour l'étude, diviser l'évolution de la conjonctivite purulente en trois périodes.

Dans la première période, on n'observe que les symptômes d'une violente inflammation catarrhale, rougeur, gonflement considérable, sécrétion de muco-pus. Ces symptômes objectifs s'accompagnent de la sensation de corps étrangers à la surface de la conjonctive et de violentes douleurs irradiées dans la zone de la cinquième paire.

A cette période de début fait bientôt place la seconde période, caractérisée par la sécrétion d'une quantité considérable de pus. Le gonflement prend alors des proportions énormes; la paupière supérieure représente une sorte de sac distendu par le pus qui retombe au-devant de l'inférieur et imprime à la physionomie du malade un cachet presque caractéristique. Si l'on cherche à écarter l'une de l'autre ces deux paupières, on a à lutter contre le spasme de l'orbiculaire, et il n'est pas rare, surtout chez les jeunes enfants, de voir le pus projeté violemment au dehors. C'est là un danger dont il faut être averti; pour l'éviter, on tiendra le visage assez éloigné de celui du malade, et l'on n'ouvrira que doucement les paupières, pour empêcher la projection d'un flot trop violent de liquide.

Le pus se concrète quelquefois à la surface de la conjonctive et même de la cornée, sous la forme de pseudo-membrane, et pourrait faire croire à une altération déjà très avancée de cette dernière membrane. Si l'on réussit à chasser cette sécrétion pseudo-membraneuse, on constate alors l'intégrité de la cornée. Quant à la conjonctive, elle est le siège d'une rougeur et d'un gonflement considérable. Elle a l'apparence d'un bourrelet rougeâtre, tomenteux, saignant facilement; le boursoufflement est quelquefois tel que le cartilage tarse est retourné sur lui-même et qu'on a beaucoup de peine à le remettre en place. C'est surtout chez les jeunes enfants qu'on observe cet incident. La conjonctive oculaire présente bientôt un gonflement qui n'est pas moindre que celui de la conjonctive palpébrale. Elle forme tout autour de la cornée un bourrelet rougeâtre